



Antrag auf Rehabilitations-, Kur- bzw. Erholungsaufenthalt

Von dem/der Versicherten (Antragsteller/in) in allen Teilen auszufüllen

Zutreffende Felder bitte ankreuzen ☒

Zuständiger Sozialversicherungsträger: _____

Raum für Posteingangsstempel

Familienname	Vorname	Versicherungsnummer			
Patient(in)					
		Lfd.Nr.	Tag	Monat	Jahr
Anschrift					
Versicherte(r)					
(Nur auszufüllen, wenn Patient(in) ein(e) Angehörige(r) ist)		Lfd.Nr.	Tag	Monat	Jahr
Versicherte(r) beschäftigt bei (Dienstgeber(in), Dienstort, Tel.-Nr.)					

Angaben des (der) Versicherten:

Personenstand: _____ Telefon Nr.: _____

Anschrift: _____

Beziehen Sie Leistungen	nein	ja	
a) aus der Pensionsversicherung	☐	☐	Pensionsversicherungsträger _____
b) aus der Arbeitslosenversicherung	☐	☐	Geschäftsstelle des AMS _____
c) aus der Unfallversicherung	☐	☐	Anstalt _____
d) vom Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen	☐	☐	
e) von einem Sozialhilfeträger	☐	☐	
f) aus einem öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis (Ruhebezug etc.)	☐	☐	Von welcher Stelle _____
Haben Sie einen Pensions-(Renten-)antrag gestellt	☐	☐	Bei welcher Anstalt _____
Sind Sie in der Pensionsversicherung freiwillig versichert	☐	☐	Bei welcher Anstalt _____
Beziehen Sie Pflegegeld	☐	☐	Von welcher Anstalt _____ Welche Stufe _____

Zusatzangaben Nur auszufüllen, wenn der Antrag für eine(n) Angehörige(n) gestellt wird:

Verwandtschaftsverhältnis _____ zuletzt beschäftigt bis _____

Beziehen Sie eine Pension	nein ☐	ja ☐	Von welcher Anstalt _____
Sind Sie in der Pensionsversicherung freiwillig versichert	nein ☐	ja ☐	Bei welcher Anstalt _____
Sind Sie pensions- oder unfallversichert	nein ☐	ja ☐	Bei welcher Anstalt _____
Beziehen Sie Pflegegeld	nein ☐	ja ☐	Von welcher Stelle _____ Welche Stufe _____

Haben Sie in den letzten fünf Jahren Rehabilitations-, Kur-, Land-, Erholungsaufenthalte mit Kostenbeteiligung eines Versicherungsträgers konsumiert?

nein ☐ ja ☐ Wann _____ Wo _____

Wann _____ Wo _____ Datum, Unterschrift des/der Versicherten (Antragstellers/Antragstellerin)

Anmerkungen des Versicherungsträgers

Entsendung bzw. Zuschüsse in den letzten 5 Kalenderjahren vor der Antragstellung

Jahr	vom – bis	Kur- oder Aufenthaltsort (Anstalt)

Datum und Namensstempel des/der Bearbeiters/Bearbeiterin

Ärztliche Stellungnahme

Zutreffende Felder bitte ankreuzen ☒

für _____
Familienname Vorname Geburtsjahr ☐ männlich ☐ weiblich

Aktuelle Vorgeschichte – soweit antragsrelevant

(Beginn, Arbeitsunfall, Berufserkrankung, Privatunfall, Vorbehandlung sowie Spitalsaufenthalte und Operationen mit **Datumsangabe**)

Antragsrelevante Diagnose

Befunde (allenfalls als Beilage angeschlossen) Größe _____ Gewicht _____ RR _____

a) maßgebliche Befunde und Funktionseinrichtungen für das vorzuschlagende Verfahren

b) andere wichtige Hinweise (zur Kurfähigkeit bzw. Heimfähigkeit)

(Nebenerkrankungen z.B. Diabetes, TBC, Herz-Kreislauferkrankungen, Geisteskrankheiten, HIV, Sucht, ansteckende Krankheiten, andere: medikamentöse Behandlung)

Vorgeschlagen wird

- ☐ Stationäre Rehabilitation
☐ Ambulante Rehabilitation
K Kurheilverfahren/GVA
Erholung
☐ Genesung
☐ Landaufenthalt

für

- ☐ Atemwegserkrankungen
Herz-/Kreislauf
☐ Bewegungs-/Stützapparat
N Neurol. Formenkreis
☐ Rheumat. Formenkreis
S Stoffwechselerkrankungen
Hauterkrankungen
Onkologie
Psychische Erkrankungen
Sonstige _____

in

Moorheilbad Harbach

Hinweis:**Der vorgeschlagene Ort wird nach Möglichkeit berücksichtigt; medizinische Notwendigkeiten sind jedoch vorrangig.**

Begründung für die vorgeschlagene Maßnahme (Berufsbild, medizinische, berufliche oder soziale Zielsetzung)

Patient(in)ist heimfähig nein ☐ ja ☐ ist kurfähig nein ☐ ja ☐ benötigt Diät nein ☐ ja ☐ Art _____ist gehfähig nein ☐ ja ☐ mit Hilfsmittel nein ☐ ja ☐ Rollstuhl nein ☐ ja ☐benötigt Begleitperson nein ☐ ja ☐ für die Anreise ☐ für den Aufenthalt ☐benötigt fremde Hilfe (waschen, anziehen usw.) nein ☐ ja ☐benötigt Transport nein ☐ ja ☐Rettungswagen mit Sanitäter (liegend oder mit Tragsessel) ☐Ambulanzwagen (ohne Sanitäter) ☐Sonstiges (priv. PKW, Taxi) _____ ☐

Datum, Unterschrift und Stempel des/der Arztes/Ärztin bzw. der Krankenanstalt

Erledigung des Versicherungsträgers

	ja	nein	Begründung	bewilligt	abgelehnt	Aufenthaltsort
Rehabilitation	☐	☐		☐	☐	
Kurheilverfahren	☐	☐		☐	☐	
Erholung	☐	☐		☐	☐	
Genesung	☐	☐		☐	☐	Sonstiges (z.B. Abtretung, Begutachtung, Zurückweisung etc.):
Landaufenthalt	☐	☐		☐	☐	
Kurkostenzuschuss	☐	☐		☐	☐	
Datum, Unterschrift des/der Vertrauensarztes/-ärztin				Datum, Unterschrift des/der leitenden Arztes/Ärztin		

Erledigungsvermerke: